

Zgoda na udział w zajęciach

SENSOPLASTYKA®

Informacje o alergiach dziecka

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

.....
IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA

.....
WYKAZ ARTYKUŁÓW SPOŻYWCZYCH, NA KTÓRE DZIECKO MA ALERGIĘ

.....
**WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ MOJEGO DZIECKA W ZAJĘCIACH PROWADZONYCH
METODĄ SENSOPLASTYKA®. ZE SWOJEJ STRONY ZAPEWNIĘ DZIECKU STRÓJ NA ZMIANĘ
(NIE FARTUCH/ NIE ODZIEŻ OCHRONNĄ). JESTEM ŚWIADOMA/-Y, ŻE Z DUŻYM
PRAWDOPODOBIENSTWEM, NA ZAJĘCIACH DZIECKO SIĘ UBRUDZI.**

.....
(data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)